Załacznik do Uchwały Nr XLI-414-17
Rady Miejskiej w Andrychowie
z dnia 30 listopada 2017r.

Ośrodek Pomocy Społecznej w Andrychowie

**WNIOSEK O PRZYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI**

**Z TYTUŁU URODZENIA DZIECKA**

**FINANSOWANEJ Z BUDŻETU GMINY ANDRYCHÓW**

I. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko ……………………………………………Data urodzenia ………………….

PESEL\* …. ……..…………………NIP\* ………………..………………………………………

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu rodzica ………………………………. …. …….

Adres zamieszkania ...................................................................................................................

II. DANE OSOBOWE DZIECI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię inazwiskodziecka | Data urodzenia/ objęcia opieką prawną/przysposobieniadziecka | PESEL dziecka | Adres zamieszkania dziecka |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

III. Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,

- z tytułu urodzenia wymienionych w tabelce dzieci nie została pobrana jednorazowa zapomoga, o której mowa w art.22a ustawy o świadczeniach rodzinnych, finansowana z budżetu innej gminy;

- nie ubiegam się w innej gminie o przyznanie jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka, o której mowa w art.22a ustawy o świadczeniach rodzinnych;

- zamieszkiwałem\am na terenie Gminy Andrychów co najmniej rok przed urodzeniem się dziecka oraz
w dniu składania niniejszego wniosku.

 - jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

IV. Do wniosku dołączam\*:

- postanowienie sądu w przypadku przysposobienia lub objęcia dziecka opieką prawną

- pierwszą stronę złożonego PIT za poprzedni rok lub zgłoszenia aktualizującego ZAP-3

V. Oświadczenie dotyczące formy płatności:

Przyznaną jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia dziecka\*

a) proszę przekazać na konto

nr rachunku

c) proszę wypłacić w formie gotówki w Banku Spółdzielczym w Andrychowie w wyznaczonym terminie.

……………….………………………………

 (data) (podpis)

\*niepotrzebne skreślić